

直腸生検は急性大腸炎と特発性炎症性大腸疾患との鑑別の一助となる

Rectal biopsy helps to distinguish acute self-limited colitis from idiopathic inflammatory bowel disease: *CM Surawicz, L Belic* (Gastroenterology 86: 104-113, 1984)

急性大腸炎患者の診療では、病状が一過性か特発性炎症性大腸疾患(IIBD)の初発症状かを見分けることが最も要求される。そのため急性大腸炎(ASLC)の直腸生検像が議論され、幾つかの所見がASLCに特徴的と言われてきた。著者らはこれらの所見群が両疾患の鑑別に有用か否かを知るために、44例のASLCと104例のIIBD(急性IIBD 22例、Crohn病26例、潰瘍性大腸炎56例)患者の直腸生検を検討し、以下に述べる7項目の所見群はIIBDにしばしば認められたがASLCには

欠如あるいは極めてまれであることから鑑別診断に有用と報告している。

(1) 歪曲した陰窩構造: この所見が存在した患者の診断は常にIIBDでありASLCと診断されていた患者は皆無であった。IIBDからの生検の48%にこの所見が認められ、その出現頻度は急性IIBD(生検施行時3カ月以下の病歴で、その後1年以上の経過観察でIIBDと確診)と慢性IIBDとの間に差はなかった。

(2) 粘膜固有層の炎症細胞の種類: 円形細胞と好中球両者の増加はIIBDの38%に認められたが、ASLC例にはなかった。多核白血球単独の増加はASLC、IIBDともに認められた。

(3) 絨毛状表層上皮: IIBDの27%に認められたが、ASLCにはなかった。IIBDにおける出現頻度は急性と慢性との間に差はなかった。

(4) 類上皮肉芽腫: 巨細胞の有無

にかかわらずこの所見の存在はIIBD診断の強力な一助となっていた。

(5) 陰窩の萎縮: この所見も決してASLCには認められなかった。IIBDには20%認められた。IIBDでの出現頻度は急性、慢性とも同じであった。

(6) 粘膜固有層基底部のリンパ球の集合: IIBDの18%に認められたが、ASLCには決して認められず両者の鑑別に殊に有用であった。

(7) 孤立した巨細胞の存在: この所見は両者の鑑別の一助とはならなかったが、その分布は意味があり、IIBDでの頻度は13%と低かったものの、IIBDでは巨細胞が陰窩の基底部にあることが特徴的だった。

以上の所見の予想確率は87~100%で、IIBDの79%に上記の所見の1つ以上が存在していた。

(愛知県がんセンター第1内科

伊藤克昭 抄)

Coffee Break

愁訴と病態

数年来、右上腹部から右胸背部へかけての鈍痛、重圧感や不快感などを訴えて中年の女性が来院した。一般臨床検査成績やX線検査、腹部US、経口胆嚢造影、また胆・脾にも特に異常所見を思わせるものはなかった。しかし、愁訴が相変わらず続き、胆道系異常を否定しきれなかったため対症的に内科的治療を行っていた。その後、患者の症状は軽快することもあったが、全く消失することもなく断続的に外来通院を繰り返していた。1年前に経過観察のためにUSを中心とした諸検査を行ったが、やはり異常を指摘することはできなかった。そこでこれまでと同様に治療を続けていた。今年に入って同様の右上腹部痛が少し強くなったような気がすると言うので来院。理学的所見では特記すべき所見はなかったが、念のためUSを行ったところ、胆嚢内結石という所見が得られた。これでやっと患者の愁訴と病態との関係が理解できたのである。

患者も自分の症状の原因が納得できて喜ばないまで

も、少なくとも原因不明という不安はなくなったし、医師のほうも自分の予想が当たっていたので、何となく心楽しい気分である。それにしても、数年来、症状のみで姿を見せなかったこの病気は、いつ発症したと考えたらよいのだろうか。最初の症状は今回の胆石とは無関係な、似て非なものか。あるいはいわゆる dyskinesia があって、これが原因となって胆石形成が起こったのかの判断は、どちらとも推察の域を出ない。

こうみえてくと、形態認識はわれわれにとっては“自家菜籠中の物”と言えそうだが、機能異常に対してはどうも無力ではないかと思われてくる。そう言えば、私が消化器病学に首を突っ込む前のころ、“pre-ulcus”という言葉があったという話を先輩から聞いたことがある。潰瘍の発生する前に、既に潰瘍症状があるというのである。果たして真なるや否や?

(名古屋大学第2内科 中澤 三郎)